ФГБОУ ВПО «Рязанский государственный университет»

Медицинский институт

Кафедра стоматологии

Реферат по дисциплине «Стоматология»

На тему

«Протезирование при полной вторичной адентии»

Выполнил:

Курбатова А.П.

Рязань 2014г

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Глава 1. Определение понятия «полная вторичная адентия

Глава 2. Классификация полного отсутствия зубов (полной вторичной адентии

Глава 3. Обследование больных с полной вторичной адентией. Особенности получения анатомических слепков

Глава 4. Определение центрального соотношения челюстей при полной адентии. Антропометрические ориентиры

Глава 5. Клинические и тенические этапы изготовления полных съемных протезов

Глава 6. Правила пользования съемными зубными протезами

Заключение

Список использованных источников информации

зубной протез адентия

ВВЕДЕНИЕ

Проблема протезирования при полном отсутствии зубов является одним из сложнейших разделов ортопедической стоматологии. Трудности возникают как для понимания и изучения, так и для применения полученных знаний в клинической практике врача-стоматолога-ортопеда.

Актуальность темы курсовой работы обосновывается тем, что

Целью реферата является рассмотрение строения и функций дыхательной системы. А так же, изучение развития данной системы.

Задачи работы:

) дать понятие термину «дыхательная система»;

проанализировать строение и функции этой системы;

разобраться как происходит развитие органов дыхательной системы.

Объект исследования данной работы - система дыхания человека.

Предмет исследования - особенности развития дыхательной системы в онтогенезе.

При написании контрольной работы мною была использована информация из учебной литературы и материалы из сети Интернет.

ГЛАВА 1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «ПОЛНАЯ ВТОРИЧНАЯ АДЕНТИЯ»

Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) непосредственным образом влияет на качество жизни пациента. Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) обусловливает нарушение вплоть до окончательной утраты жизненно важной функции организма - пережевывания пищи, что сказывается на процессе пищеварения и поступлении в организм необходимых питательных веществ, а также нередко является причиной развития заболеваний желудочно-кишечного тракта воспалительного характера. Не менее серьезными являются последствия полного отсутствия зубов (полной вторичной адентии) для социального статуса пациентов: нарушения артикуляции и дикции сказываются на коммуникационных способностях пациента, эти нарушения вкупе с изменениями внешности вследствие утраты зубов и развивающейся атрофии жевательных мышц могут обусловить изменения психоэмоционального состояния вплоть до нарушений психики.

Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) является также одной из причин развития специфических осложнений в челюстно-лицевой области, таких, как дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и соответствующего болевого синдрома.

Понятия "потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления зубов или локализованного пародонтита" (К08.1 по МКБ-С - Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10) и такие термины, как "полная вторичная адентия" и "полное отсутствие зубов" (в отличие от адентии - нарушения развития и прорезывания зубов - К 00,0), по сути, являются синонимами и применяются как в отношении каждой из челюстей, так и к обеим челюстям. Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) является следствием ряда заболеваний зубочелюстной системы - кариеса и его осложнений, болезней пародонта, а также травм

В связи с потерей фиксированной высоты прикуса нижняя челюсть имеет возможность подниматься до смыкания альвеолярных отростков, тем более при их атрофии, в большей степени, чем при фиксированном прикусе. Плюс ко всему у большинства беззубых пациентов резко уменьшается структура щек ввиду атрофии мышц, атрофии подкожной клетчатки, что влияет значительно на внешний вид лица. Тяжесть клинической картины, интенсивности морфологических изменений и оптимальность условий для ортопедического лечения у пациентов после полной потери зубов зависят:

от причин потери зубов, от времени, прошедшего после потери зубов

от количества одновременной потери зубов и времени между потерей отдельных зубов, от предыдущих методов ортопедического лечения

от индивидуальных особенностей организма

от степени компенсаторно-приспособительных возможностей зубочелюстной системы и желудочно-кишечного тракта

от характера и диапазона движения нижней челюсти

Диагностика полного отсутствия зубов (полной вторичной адентии) производится путем клинического осмотра и сбора анамнеза. Диагностика направлена на исключение факторов, которые препятствуют немедленному началу протезирования. Такими факторами могут быть наличие:

не удаленных корней под слизистой оболочкой;

экзостозов; опухолеподобных заболеваний;

воспалительных процессов;

заболеваний и поражений слизистой оболочки полости рта.

При обследовании беззубого пациента необходимо обращать внимание на степень атрофии и форму альвеолярных отростков, локализацию атрофии, а также на состояние слизистой оболочки и степень её податливости.

ГЛАВА 2. КЛАССИФИКАЦИЯ ПОЛНОГО ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ (ПОЛНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ)

Все многообразие атрофий альвеолярных отростков по степени и локализации (топографии) можно классифицировать. Некоторые врачи используют классификацию Шредера и Келлера.

Шредер разделяет альвеолярные отростки беззубой верхней челюсти по степени их атрофии на три класса:

первый - неатрофированный альвеолярный отросток, высокое положение переходной складки с вестибулярной стороны, глубокий свод нёба;

второй - равномерная средняя атрофия;

третий - полная равномерная атрофия, плоский свод неба, переходная складка с вестибулярной стороны на уровне гребня альвеолярного отростка.

Келлер разделяет альвеолярные отростки беззубой нижней челюсти по степени и топографии их атрофии на 4 класса:

первый - хорошо сохранившейся альвеолярный отросток;

второй - полная равномерная атрофия

третий - хорошо сохранившейся альвеолярный отросток во фронтальном участке при полной атрофии в боковых участках;

четвертый - хорошо сохранившейся альвеолярный отросток в боковых участках при полной атрофии во фронтальном участке;

В этих двух классификациях есть сои недостатки, поэтому И.М.Оксман создал свою классификацию учитывая все недостатки предыдущих. Он разделил альвеолярные отростки по степени их атрофии на верхней и нижней челюсти беззубых челюстей на 4 класса:

первый - хорошо сохранившейся альвеолярный отросток;

второй - равномерная средняя атрофия;

третий - полная равномерная атрофия;

четвертая - неравномерная атрофия.

Для обозначения степени податливости слизистой оболочки полости рта в клинической практике используется классификация Супле. Согласно этой классификации имеются четыре типа слизистой оболочки по степени податливости:

тип 1 - нормальная по податливости и цвету слизистая оболочка;

тип 2 - атрофичная, неподатливая, сухая слизистая, синюшного цвета,

тип 3 - гипертрофическая, хорошо податливая и подвижная, рыхлая слизистая оболочка, розового цвета;

тип 4 - слизистая оболочка со слизистыми подвижными складками вдоль гребня альвеолярного отростка, которые при пользовании протезом часто ущемляются между протезом и костью.

Принципы лечения больных с полной вторичной адентией подразумевают одновременное решение нескольких задач:

восстановление достаточной функциональной способности зубочелюстной системы;

предупреждение развития патологических процессов и осложнений;

повышение качества жизни пациентов;

устранение негативных психоэмоциональных последствий, связанных с полным отсутствием зубов.

Изготовление протезов не показано, если имеющийся протез еще функционален или если его функцию можно восстановить (например, починка, перебазировка). Изготовление протеза включает: обследование, планирование, подготовку к протезированию и все мероприятия по изготовлению и фиксации протеза, в том числе устранение недостатков и контроль. Сюда относятся также инструктирование и обучение пациента по уходу за протезом и полостью рта.

Врач-стоматолог ортопед должен определить особенности протезирования в зависимости от анатомического, физиологического, патологического и гигиенического состояния зубочелюстной системы пациента. При выборе между одинаково эффективными видами протезов он должен руководствоваться показателями экономичности.

В случаях, когда невозможно немедленно завершить лечение, показано применение иммедиат-протезов, особенно для предупреждения развития патологии височно-нижнечелюстного сустава. Можно применять только те материалы и сплавы, которые допущены к применению, клинически апробированы, безопасность которых доказана и подтверждена клиническим опытом.

Базис полного съемного протеза следует изготавливать, как правило, из пластмассы. Может применяться армирование базиса протеза специальными металлическими сеточками. Для изготовления металлического базиса необходимо тщательное обоснование.

При подтвержденной аллергической реакции тканей полости рта на материал протеза следует провести тесты и выбрать тот материал, который показал себя как переносимый.

При беззубой челюсти показано снятие функционального слепка (оттиска), необходимо функциональное формирование края протеза, т.е. для снятия слепка (оттиска) необходимо изготовление индивидуальной жесткой слепочной (оттискной) ложки.

Изготовление съемного протеза на беззубую челюсть с использованием пластмассового или металлического базиса включает следующее: анатомические, функциональные слепки (оттиски) обеих челюстей, определение центрального соотношения челюстей, проверку конструкции протеза, наложение, примерку, припасовку, установку, отдаленный контроль и корректуры. При необходимости применяют мягкие подкладки под протез.

ГЛАВА 3. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ. ОСОБЕННОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКИХ СЛЕПКОВ

Методы обследования больных с полной адентией и получение анатомических оттисков с беззубых челюстей. Определение степени атрофии костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти, альвеолярной части нижней челюсти; состояние и степень податливости слизистой оболочки рта. Выбор слепочного материала для получения анатомических оттисков и их клинической оценке.

С полной потерей зубов тело и ветви челюсти становятся тоньше, а угол нижней челюсти более тупым. У таких больных резко выражены носогубные складки, опускаются углы рта и даже наружный край века. Нижняя треть лица уменьшается в размерах; отмечается дряблость мышц и лицо приобретает старческое выражение. Изменения происходят и в височно-нижнечелюстном суставе. Суставная ямка становится площе, головка смещается кзади и вверх.

При протезировании больных с беззубыми челюстями необходимо решить три основных вопроса:

. Как укрепить протезы на беззубых челюстях?

. Как определить необходимые строго индивидуальные величину и форму протезов, чтобы они наилучшим образом восстанавливали внешний вид лица, функцию мышц, суставов?

. Как сконструировать зубные ряды в протезах, чтобы они функционировали синхронно с другими органами жевательного аппарата, участвующими в обработке пищи, образования звуков и дыхания?

Для решения этих задач прежде всего необходимо хорошо знать топографическое строение беззубых челюстей, слизистой оболочки и мышц челюстно-лицевой области.

На верхней челюсти в первую очередь обращают внимание на выраженность уздечки верхней губы, которая может располагаться от вершины альвеолярного отростка в виде тонкого и узкого образования или в виде мощного тяжа шириной до 7 мм. Справа и слева на верхней челюсти имеются щечно-альвеолярные уздечки - одна или несколько. За бугром верхней челюсти расположена крыло-челюстная складка, которая хорошо выражена при сильном открывании рта.

Если перечисленные анатомические образования не учитывать при получении слепков, то при пользовании съемными протезами в этих участках будут пролежни или протез будет сбрасываться. Граница между твердым и мягким небом условно называется линией А. Она может представлять собой зону шириной до 6 мм. Конфигурация линии А также может быть различной в зависимости от конфигурации костной основы твердого неба. Линия может проходить примерно на 2 см впереди бугров, на уровне бугров или до 2 см уходить в сторону глотки. Ориентиром протяженности заднего края протеза служат слепые отверстия. Задний край протеза должен перекрывать их на 1-2 мм. На вершине альвеолярного отростка, по средней линии, часто хорошо выражен резцовый сосочек, а в передней трети твердого неба - поперечные небные складки. Эти анатомические образования должны получить хорошее отображение на слепке. В противном случае они будут ущемляться жестким базисом протеза и причинять боль при пользовании такими протезами.

Шов твердого неба образуется соединением двух костных пластинок. При значительной атрофии верхней челюсти он бывает резко выражен. В процессе изготовления протезов его обычно изолируют. Слизистая оболочка, покрывающая верхнюю челюсть, неподвижна, на разных участках ее отмечается различная податливость. Имеются аппараты, при помощи которых определяют степень податливости. Наименее податлива слизистая оболочка в области небного шва - 0,1 мм и наиболее податливый участок ее в задней трети неба - до 4 мм. Если при изготовлении пластиночных протезов этого не учитывать, то протезы могут балансировать, ломаться или, оказывая повышенное давление на каких-то участках, быть причиной пролежней или повышенной атрофии костной ткани. Для определения податливости слизистой оболочки не обязательно пользоваться аппаратами. Можно при помощи пальцевой пробы или ручкой пинцета определить, достаточно ли податлива слизистая оболочка. На нижней челюсти протезное ложе значительно меньше, чем на верхней. Язык с потерей зубов теряет свою форму и занимает место отсутствующих зубов. Подъязычные железы могут располагаться на вершине альвеолярной части.

При изготовлении протезов на нижние беззубые челюсти также необходимо изучить расположение и выраженность уздечки нижней губы, языка, боковых вестибулярных складок и следить за тем, чтобы эти образования получили хорошее и четкое отображение на слепках.

Большое внимание при обследовании больных уделяют ретромолярной области, так как за счет нее расширяют протезное ложе на нижней челюсти. Здесь находится так называемый позадимолярный бугорок. Он может быть плотным и фиброзным или мягким и податливым. Мы считаем, что его всегда нужно перекрывать протезом и никогда край протеза нельзя располагать на этом анатомическом образовании.

Ретроальвеолярная область расположена с внутренней стороны угла нижней челюсти. Сзади она ограничена передней небной дужкой, снизу - дном полости рта, изнутри - корнем языка, наружной границей ее является внутренний угол нижней челюсти. Эту область также необходимо использовать при изготовлении пластиночных протезов.

Для определения возможности создания «крыла» протеза в этой зоне существует пальцевая проба. В ретроальвеолярную область вводят указательный палец или ручку пинцета и просят больного выдвинуть язык и коснуться им щеки с противоположной стороны. Если при таком выдвижении языка палец остается на месте, не выталкивается, то край протеза необходимо довести до дистальной границы этой зоны. В этой области часто выявляется выраженная острая внутренняя косая линия. При изготовлении протезов это необходимо учитывать: в протезе делают углубление - изолируют ее или в этом участке изготавливают эластичную прокладку.

После удаления зубов альвеолярные отростки на челюстях хорошо выражены, но со временем они атрофируются. В связи с этим было предложено несколько классификаций беззубых челюстей. Наибольшее распространение получили классификации Шредера для верхней беззубой челюсти и Келлера для нижней беззубой челюсти.

Шредер различает три типа верхних беззубых челюстей.

Первый тип - высокий альвеолярный отросток, равномерно покрытый плотной слизистой оболочкой, хорошо выражены бугры, глубокое небо, нерезко выражен или отсутствует небный валик (торус).

Второй тип - средняя степень атрофии альвеолярного отростка, маловыраженные бугры, средней глубины небо, слабо выраженный торус.

Третий тип - полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти, слаборазвитые альвеолярные бугры, плоское небо, широкий торус. Наиболее благоприятен для протезирования первый тип беззубых верхних челюстей.

Келлер различает четыре типа беззубых нижних челюстей.

Первый тип - челюсть с резко выраженной альвеолярной частью, переходная складка расположена далеко от ее гребня.

Второй тип - равномерная резкая атрофия альвеолярной части, подвижная слизистая оболочка расположена почти на уровне гребня альвеолярного отростка. Третий тип - альвеолярная часть хорошо выражена в области фронтальных зубов и резко атрофирована в области жевательных.

Четвертый тип - альвеолярная часть резко атрофирована в области фронтальных и хорошо выражена в области жевательных зубов. Наиболее удобен для протезирования первый и третий типы беззубых нижних челюстей.

Как отмечалось, челюсти покрыты неподвижной слизистой оболочкой, которую можно разделить на 3 типа.- нормальная слизистая оболочка - характеризуется умеренной податливостью, умеренно выделяет слизистый секрет, бледно-розового цвета, минимально ранима. В отношении фиксации протезов наиболее благоприятная.- гипертрофическая слизистая оболочка: большое количество межуточного вещества, при пальпации рыхлая, гиперемирована, богато ослизнена. При такой слизистой оболочке создать клапан нетрудно, но протез подвижен и может легко потерять контакт со слизистой оболочкой.- атрофическая слизистая оболочка: плотная, белесоватого цвета, плохо увлажнена, сухая. Этот тип самый неблагоприятный для фиксации протеза.

Суппли предложил термин «болтающийся гребень». В данном случае имеются в виду лишенные костной основы мягкие ткани, находящиеся на вершине альвеолярного отростка. «Болтающийся гребень»

встречается в области фронтальных зубов после удаления последних при пародонтите, иногда в области бугров верхней челюсти, если произошла атрофия костной основы и в избытке остались мягкие ткани. Если такой гребень взять пинцетом, он будет смещаться в сторону.

При изготовлении протезов на беззубые челюсти необходимо учитывать, что быстрее отвечает более выраженной болевой реакцией на давление слизистая оболочка нижней челюсти.

Также необходимо знать понятия «нейтральная зона» и «клапанная зона».

Нейтральной зоной называется граница между подвижной и неподвижной слизистыми оболочками. Часто нейтральной зоной называют переходную складку.

Термин «клапанная зона» обозначает контакт края протеза с подлежащими тканями. При выведении протеза из полости рта клапанной зоны не существует, так как это не анатомическое образование.

Переходная складка со временем не меняется, а изменяется топография пассивно- и активно-подвижной слизистой оболочки за счет атрофии челюстей.

После обследования больного с полным отсутствием зубов приступают к получению анатомического слепка. Этот этап включает следующие моменты:

) подбор стандартной ложки;

) выбор слепочного материала;

) введение ложки с материалом на челюсти;

) оформление краев слепка;

) выведение слепка;

) оценку слепка.

Для получения анатомического слепка подбирают стандартную металлическую ложку по номеру, соответствующему величине челюсти. Применяют термопластические альгинатные массы или гипс. Нужно отметить, что термопластические массы не дают четкого отображения нейтральной зоны (переходной складки), поэтому их использовать нецелесообразно. При незначительной атрофии альвеолярных отростков можно пользоваться альгинатными слепочными материалами. Однако при сильной атрофии, когда необходимо отодвинуть с протезного ложа подвижную слизистую оболочку или подъязычные железы, расположенные на вершине альвеолярной части нижней беззубой челюсти, использование этих масс также затруднено. В таких случаях лучше пользоваться гипсом.

При протезировании больных с «болтающимся гребнем» слепок нужно получать без давления и такими массами, которые бы не сместили этот гребень в сторону и не сдавили его. Лучше всего подходят альгинатные массы или жидкий гипс. Перед снятием слепка стандартную ложку - ее края - можно индивидуализировать. Для этого по краю ложки укладывают размягченную и согнутую пополам полоску воска, приклеивают ее горячим шпателем и, введя ложку в полость рта, обжимают воск по скату альвеолярных отростков. Участки воска, зашедшие на активно подвижную слизистую оболочку, срезают. Ложку с выбранной слепочной массой устанавливают на челюсти, умеренно прижимают и оформляют края. После затвердевания или структурирования массы ложку со слепком осторожно выводят из полости рта и производят оценку слепка. Обращают внимание на то, как прояснилось пространство за буграми, четко ли отобразились уздечки, нет ли пор и т. д. Затем на анатомическом слепке (если он из гипса) химическим карандашом отмечают границы будущей ложки-базиса и передают в зуботехническую лабораторию для изготовления модели и индивидуальной ложки.

ГЛАВА 4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ПОЛНОЙ АДЕНТИИ. АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ

При протезировании больных с полным отсутствием зубов определяют центральное соотношение челюстей, а не центральную окклюзию, так как на этом этапе имеются восковые окклюзионные валики, а не зубные ряды. Определить центральное соотношение челюстей - это значит определить положение нижней челюсти по отношению к верхней в трех взаимно перпендикулярных плоскостях: вертикальной, сагиттальной и трансверсальной.

Известно, что при правильной форме лица губы смыкаются свободно, без напряжения; носогубные и подбородочные складки слегка выражены, углы рта немного опущены. Физиологической основой метода являются положение относительного физиологического покоя нижней челюсти и то, что окклюзионная высота нижнего отдела лица меньше высоты при физиологическом покое на 2-3 мм.

Состояние относительного физиологического покоя - это свободное положение нижней челюсти, при котором при сохраненных зубных рядах расстояние между зубами 2 - 3 мм, жевательные мышцы слегка напряжены. Сначала осматривают модели, на которые необходимо карандашом нанести границы будущего протеза, линию середины альвеолярного отростка, бугры верхней челюсти, срединную линию, нижнечелюстной бугорок. Эти линии должны быть выведены на цоколь модели. Затем, если необходимо, приступают к коррекции окклюзионного воскового валика. На верхней челюсти по высоте валик должен быть во фронтальном участке приблизительно 1,5 см, а в области жевательных зубов 5-7 мм. Во фронтальном участке верхний валик должен выступать слегка вперед и по ширине быть 3-4 мм; в боковых участках - выступать от вершины альвеолярного гребня на 5 мм и по ширине составлять 8-10 мм. Затем восковой базис с окклюзионным валиком вводят в полость рта и определяют положение верхней губы - она не должна быть напряжена или западать. Коррекцию положения губы производят, срезая или наращивая воск на вестибулярной поверхности валика. Далее определяют его высоту во фронтальном участке край валика должен находиться на уровне нижнего края верхней губы или выступать из-под него на 1,0-1,5 мм. При этом необходимо помнить, что длина верхней губы может быть различной. В зависимости от этого край верхнего валика может выступать из-под губы на 2 мм, быть на уровне ее или выше на 2 мм.

При формировании валика во фронтальном участке ориентируются на зрачковую линию. Две линейки - подложенная под край верхнего валика и установленная по линии зрачков - должны быть параллельны. Если линейки не параллельны, например расходятся с левой стороны, то это свидетельствует о следующем: 1) валик справа имеет малый вертикальный размер; 2) валик слева от центральной линии имеет большой размер. Для установления, какое положение является верным, убирают линейки, просят больного расслабиться, и если валик справа находится выше уровня красной каймы губы, то участок от средней линии до линии клыка наращивают полоской воска. После этого проверяют параллельность линеек. Если валик слева от центральной линии выступает из-под красной каймы губы больше чем на 1,5-2,0 мм, то этот участок необходимо срезать.

Затем приступают к созданию протетической плоскости в боковых участках. Одну линейку устанавливают на плоскость верхнего валика - от клыка до окончания его, а другую - на уровне нижнего края крыла носа и слухового прохода (камперовская линия). Эти линии должны быть параллельны. При необходимости воск срезают или наращивают в боковых отделах. После того, как достигнута параллельность поверхности валика зрачковой и носоушным линиям, валик следует сгладить, сделать очень ровной созданную протетическую (окклюзионную) плоскость. Для этой цели хорошо пользоваться аппаратом Найша. Помимо линеек, для формирования протетической плоскости может быть использован аппарат Ларина. Он состоит из внутриротовой окклюзионной пластинки и внеротовых пластин-определителей, служащих для установления параллельности валика зрачковой и носоушным линиям. В передней части эти пластинки имеют винтовые соединения и могут быть установлены на любой высоте. Затем определяют вертикальный размер нижней части лица в физиологическом покое. На лице больного отмечают карандашом 2 точки: одну выше, другую ниже ротовой щели. Чаще всего одну точку ставят на кончике носа, другую - на подбородке. Расстояние между точками фиксируют на бумаге или на восковой пластинке. При определении высоты физиологического покоя следят за тем, чтобы голова пациента была удобно расположена, мышцы расслаблены. Иногда предлагают произвести глотательные движения и через некоторое время фиксируют высоту. В процессе работы с восковыми базисами необходимо проверять их устойчивость, а для предупреждения деформации постоянно охлаждать в холодной воде.

Следующим этапом является припасовка нижнего валика по верхнему. Обычно при введении в полость рта нижнего базиса с окклюзионным валиком в отдельных участках отмечается контакт. В этих участках валик срезают шпателем или пользуются аппаратом Найша. По высоте нижний валик необходимо припасовать таким образом, чтобы при смыкании челюстей расстояние между отмеченными точками было меньше физиологического покоя на 2-3 мм. По периметру нижний окклюзионный валик должен быть идентичен верхнему. Одним из основных моментов, обеспечивающих успех работы, является равномерный плоскостной контакт валиков при их смыкании. Рекомендуется следующий способ фиксации центрального соотношения челюстей. На верхнем валике, в области первых премоляров и моляров, шпателем делают по две непараллельные друг другу насечки, а на нижний окклюзионный валик накладывают хорошо разогретую полоску воска. Врач помещает указательные пальцы в области жевательных зубов, предлагая больному медленно смыкать челюсти. (Можно «прорепетировать» этот момент несколько раз без наложения на нижний валик полоски воска). В насечки верхнего валика входит разогретый воск, создавая замки, а разогретая пластинка воска выдавливается из-под валиков, в результате чего завышения нижнего отдела лица не происходит. Затем восковые базисы с окклюзнойными валиками выводят из полости рта, охлаждают, срезают излишки воска и несколько раз проверяют правильность фиксации центрального соотношения челюстей. На данном этапе для контроля можно провести фонетические пробы: при произношении гласных звуков расстояние между верхним и нижним окклюзионными валиками должно быть 2 мм, а при разговоре - до 5 мм.

Последний этап - нанесение антропометрических ориентиров для постановки передних зубов. Ориентируясь на эти линии, техник выбирает размер зубов. На верхнем валике необходимо нанести срединную линию, линию клыков и улыбки. Срединную линию проводят вертикально, как продолжение срединной линии лица, делящей желобок верхней губы на равные части. Эту линию нельзя проводить по уздечке верхней губы, которая довольно часто бывает смещена в сторону. Срединная линия проходит между центральными резцами. Линия клыков, проходящая по буграм последних, опускается от наружного крыла носа. «Линия улыбки» горизонтальная, проводится на уровне красной каймы верхней губы при улыбке. Искусственные зубы расставляют таким образом, чтобы шейки их были выше отмеченной линии: при улыбке они не будут видны и не будет видна искусственная десна.

Если у больного имеются протезы, их используют при определении высоты физиологического покоя и толщины вестибулярного края для правильной ориентации. При большой степени атрофии альвеолярных отростков и альвеолярных частей беззубых челюстей, плохой фиксации восковых базисов с окклюзнойными валиками центральное соотношение челюстей целесообразно определять на жестких базисах, которые лучше фиксируются, не деформируются, не смещаются на челюстях. На этих базисах в дальнейшем производят постановку искусственных зубов.

Для постановки искусственных зубных рядов по сферическим поверхностям центральное соотношение челюстей определяют с помощью устройства, состоящего из внеротовой лицевой дуги-линейки и внутриротовой формирующей пластинки, фронтальная часть которой плоская, а дистальные отделы имеют сферически изогнутую поверхность. Обычным способом оформляют фронтальный участок верхнего окклюзионного валика. Далее используя его как участок упора, формируют предварительно размягченные боковые участки окклюзионного валика с помощью внутриротовой пластинки таким образом, чтобы внеротовая часть устройства установилась параллельно носоушным и зрачковым линиям. Затем горячим шпателем разогревают нижний восковой валик и устанавливают его на нижней челюсти. Вводят в рот предварительно охлажденный верхний валик и внутриротовую часть устройства и просят больного закрыть рот, контролируя при этом, чтобы высота окклюзионных валиков и находящиеся между ними внутриротовой части устройства соответствовали высоте относительного физиологического покоя.

Затем внутриротовую формирующую пластинку толщиной 1,5 - 2,0 мм удаляют и на сформированных по сферическим поверхностям валиках фиксируют высоту центрального соотношения челюстей. Правильность формирования валиков проверяют по наличию плотного контакта между ними при различных движениях нижней челюсти

После фиксации валиков работу передают в зуботехническую лабораторию.

ГЛАВА 5. КЛИНИЧЕСКИЕ И ТЕХНИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ

Клинический этап: 1. Внешний осмотр. Обследования полости рта. Обследования преддверья полости рта. Осмотр протезного ложа (слизистая + костная + мышечная система). Степень атрофии (Шредер, Келлер, Оксман). Проверяют синдром Костена (нарушения функции ВНЧС). Снятие анатомического оттиска стандартной металлической ложкой, любой слепочной массой, но с чательным оформлением краёв слепка.

Для снятия анатомического слепка с верхней челюсти задненебный край стандартной ложки должен быть на 1.5 - 2 см за линией А. На верхнем слепке еще должно быть и четкое отображение слизистой мягкого нёба на 1,5 - 2 см. за линией А. Толщина края слепка 2-4 мм.

Технический этап: 1. отливка модели по анатомическому оттиску; очерчивание границ на модели; изготовление из воска на модели индивидуальной ложки; загипсовка в кювету; замена воска на пластмассу; выемка пластмассовой ложки из кюветы; обработка, шлифовка, полировка. Требования к индивидуальной ложки:

толщина не более 2-х мм (кроме участка по гребню альвеолярного отростка нижней челюсти, где ее толщина для прочности должна быть до 4 мм).

края ложки должны доходить до свода переходной складки, не опираться на уздечки, клыковые и крылочелюстные складки.

вершина края ложки на скате альвеолярного отростка, если они заходят под навесы, необходимо изнутри сошлифовать, чтобы они не мешали наложению ложки и не травмировали слизистую оболочку. Но при этом не следует истончать край.

задненёбный край ложки на верхнюю челюсть должен переходить за линию «А» на 1 - 1,5 см.

Клинический этап: 2. Припасовка индивидуальной ложки в полости рта, пробы Гербста (3-5); окантовка края ложки термопластической массой, размягчение в теплой воде введение в полость рта и закрывание кругового клапана; подготовка оттискной массы (силиконовой типа «Сиеласт»); нанесение тоненьким слоем на ложку; введение в полость рта - проб Гербста (формирования переходной складки); пробы Гербста применяют 3 раза а) при припасовке индивидуальной ложки; б) при замыкании кругового клапана; в) при функционально - присасывающем слепке. Слепок вместе с ложкой передают технику.

Технический этап: 2. а) отливка модели по функционально - присасывающему слепку; б) изготовления примусного валика для определения центральной окклюзии.

Изготовленные восковые базисы с окклюзионными валиками должны отвечать следующим требованиям:

края воскового базиса должны соответствовать краям слепка (отпечатку их на моделях)

валик должен располагаться по гребню альвеолярного отростка (только в боковых участках нижней челюсти - над язычным скатом альвеолярного отростка);

высота валика по средней линии лица во фронтальном участке должна быть на 10 мм и постепенно должна снижаться в дистальную сторону на обеих сторонах до 5 мм.

ширина валика на модели по средней линии лица во фронтальном участке должна быть 4-5 мм и должна расширяться в дистальные стороны до 10 мм;

форма валика на модели верхней челюсти должна быть полуэллиптической, а на модели нижней челюсти - параболической;

окклюзионна поверхность валика должна быть ровной.

Клинический этап: 3.Определение центральной окклюзии:

припасовка прикусного валика в полости рта

определение высоты прикуса анатома - физиологическим методом

определение и, при необходимости, коррекция высоты окклюзионного валика воскового базиса с валиком на верхнюю челюсть

коррекция вестибулярной поверхности верхнего воскового валика

построение протетической плоскости

коррекция высоты валика на восковом базисе с валиком для нижней челюсти

коррекция нижнего валика по вертикали

окончательное определение центрального соотношения челюстей с одновременной фиксацией центральной окклюзии

определение цвета и фасона искусственных зубов

Технический этап: 3. загипсовка модели в окклюдатор или артикулятор; постановка искусственных зубов.

Клинический этап: 4. Проверка конструкции полного съемного протеза на модели и в полости рта:

плотность смыкания зубных рядов

определение центральной окклюзии

проверка выраженности окклюзионных кривых

степень перекрытия верхних зубов нижние

наклона фронтальной группы зубов на верхней и нижней челюстях (вестибулярно, и орально)

наличие контакта

уровень постановки искусственных зубов при улыбке

цвет и форма искусственных зубов

движение нижней челюсти

Технический этап: 4. Замена восковой композиции полных съёмных протезов пластмассой.

загпсовка восковой модели в кювету

помещение кюветы в горячую воду на 5-7 минут

раскрытие кюветы и удаление кипящей водой остатков воска

нанесение изолирующего слоя на модель

подбор и замешивание базисной пластмассы

поковка пластмассового теста в кювету вмести воска

закручивание кюветы под давлением,

помещение кюветы в холодную воду

раскрытие кюветы и выемка протеза, его шлифовка, полировка.

Клинический этап: 5. Сдача протеза.

Идентификация

Антисептическая обработка протеза и рук врача

Наложение протеза

Проверка фиксации в полости рта

Смыкание зубов и проверка окклюзионных поверхностей при помощи копирки.

Первая коррекция назначается на следующий день после сдачи протеза, далее по показаниям (не чаще одного раза в три дня). Период адаптации может длиться до 1,5 месяцев.

При появлении болей в области тканей протезного ложа, связанных с травмой слизистой оболочки, больному рекомендуют немедленно прекратить пользоваться протезом, явиться на прием к врачу, возобновив пользование за 3 часа до посещения врача.

При механическом повреждении слизистой оболочки, образовании язв участки протеза в этих местах минимально сошлифовываются. Коррекцию базиса протеза проводят до появления первого субъективного ощущения уменьшения болевого синдрома.

Назначается медикаментозная терапия противовоспалительными препаратами и средствами, ускоряющими эпителизацию слизистой оболочки полости рта.

ГЛАВА 6. ПРАВИЛА ПОЛЬЗОВАНИЯ СЪЕМНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

. Съемные зубные протезы необходимо чистить зубной щеткой с пастой или с туалетным мылом два раза в день (утром и вечером), а также после еды по мере возможности.

. Во избежание поломки протеза, а также повреждения слизистой оболочки полости рта не рекомендуется принимать и пережевывать очень жесткую пищу (например, сухари), откусывать от больших кусков (например, от целого яблока).

. В ночное время, если пациент снимает про тезы, их необходимо держать во влажной среде (после чистки завернуть протезы во влажную салфетку) либо в сосуде с водой. В протезах можно спать.

. Во избежание поломки протезов не допускайте их падения на кафельный пол, в раковину и на другие твердые поверхности.

. По мере образования жесткого зубного нале та на протезах их необходимо очищать специальными средствами, которые продаются в аптеках.

. При нарушении фиксации съемного протеза, что может быть связано с ослаблением кламмерной фиксации, необходимо обратиться в клинику ортопедической стоматологии для активации кламмеров.

. Ни в коем случае, ни при каких обстоятельствах не пытаться самому провести исправления, починку или другие воздействия на протез.

. В случае поломки или возникновении трещины в базисе съемного протеза пациенту необходимо срочно обратиться в клинику ортопедической стоматологии для починки протеза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Протезирование при полной вторичной адентии является самым сложным видом протезирования. Если у пациента полностью отсутствуют зубы, то зачастую полные съемные протезы - единственная альтернатива протезирования. При правильном выполнении всех манипуляций, искусственные зубы, изготовленные по современным технологиям, обладают очень высокой износостойкостью и хорошими эстетическими качествами. При правильной эксплуатации и хорошей гигиене они очень долго не изменяют свой внешний вид, цвет, плотность и могут служить продолжительное время. Альтернативой полному съемному протезу при полной вторичной адентии может быть лишь протезирование на имплантах.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМАЦИИ

Лекции по ортопедической стоматологии: учебное пособие / Под ред. Проф. Т.И. Ибрагимова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 208 с.

Загорский В.А. Протезирование при полной адентии - М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. - 376 с.: ил.

Сонис, Стефан Т. Секреты стоматологии / Пер. с англ. 2 изд М.: Издательство БИНОМ, 2008. - 432 с., ил.

Загорский В.А. Частичные съемные и перекрывающие протезы. - М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007. - 360 с.: ил.

Ошибки в ортопедической стоматологии. Профессиональные и медико-правовые аспекты. - 2-е изд., перераб. И доп. - М.: Медицина, 2002. - 240 с.: ис.

Смит Б. Коронки и мостовидные протезы в ортопедической стоматологии / Бернард Смит, Лесли Хоу; пер. с англ.; под общ. Ред. Е.Ю. Новикова. - М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 344 с.: ил.

Абдурахманов А.И., Курбанов О.Р. Материалы и технологии в ортопдической стоматологии: Учебник. - 2-к изд. - ОАО «Издательство «Медицина», 2008. - 288 с.: ил. (Учеб. лит. Для студентов стоматологических факультетов медвузов).

Загорский В.А., Робустова Т.Г. Протезирование зубов на имплантах. М.: Издательство БИНОМ, 2011. - 351 с.: ил.